

số có tỷ lệ dao động từ 5% đến 26,4%.[4,5] Tỷ lệ các biến chứng chung trong nghiên cứu này là 17,31%. Các biến chứng gặp trong nghiên cứu: động kinh mới xuất hiện (9,62%), tràn dịch não (3,85%), tụ dịch-khí dưới màng vá (3,85%), tụ máu NMC (1,92%), xuất huyết trong não (1,92%). Không có trường hợp nào tử vong sau phẫu thuật.

Có 1/52 bệnh nhân bị nhiễm trùng phải tháo bỏ mảnh 3D Titanium (1,92%). Bệnh nhân này trước đó 14 tháng cũng được tạo hình bằng xương tự thân, nhưng sau 2 tuần vết mổ sưng tấy, chảy dịch mủ và kết quả cấy khuẩn (+) với tụ cầu vàng không đáp ứng với điều trị kháng sinh (BN dị ứng với vancomycin) nên sau đó phải tháo bỏ mảnh sọ và lần tạo hình bằng titanium 3D cũng với biểu hiện tương tự. Các nghiên cứu trước đây chỉ ra không có mối liên quan cụ thể nào giữa các yếu tố với tỷ lệ nhiễm trùng. Nghiên cứu của Mukherjee và cộng sự cho thấy, tỷ lệ nhiễm trùng ở những bệnh nhân đã bị nhiễm trùng phải bỏ xương tự thân là 20%, cao gấp đôi tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng chung là 8,6% trong nghiên cứu của họ. [5]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 52 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình sọ khuyết bằng lưới titanium 3D chúng tôi nhận thấy phẫu thuật tạo hình ổ khuyết hộp sọ bằng lưới vít titanium 3D là một phẫu thuật đơn giản, tỷ lệ thành công khá cao nhưng cũng có một số biến chứng nhất định. Titanium 3D có thể là vật liệu thay thế lý tưởng cho các trường hợp khuyết sọ không còn xương tự thân để ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aarabi B, Hesdorffer DC, Ahn ES, Aresco C, Scalea TM, Eisenberg HM. Outcome following decompressive craniectomy for malignant swelling due to severe head injury. J Neurosurg 2006; 104:469-79
2. Winkler PA, Stummer W, Linke R, Krishnan KG, Tatsch K. Influence of cranioplasty on postural blood flow regulation, cerebrovascular reserve capacity, and cerebral glucose metabolism. J Neurosurg 2000;93:53-6
3. Brommeland, Tor, et al. "Cranioplasty complications and risk factors associated with bone flap resorption." Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine 23.1 (2015): 1-7.
4. Roh H, Kim J, Kim JH, et al. Analysis of Complications After Cranioplasty with a Customized Three-Dimensional Titanium Mesh Plate. World Neurosurg. 2019;123: e39-e44. doi:10.1016/j.wneu.2018.10.227
5. Mukherjee S, Thakur B, Haq I, Hettige S, Martin AJ. Complications of titanium cranioplasty--a retrospective analysis of 174 patients. Acta Neurochir (Wien). 2014;156(5): 989-998; discussion 998. doi: 10.1007/s00701-014-2024-x
6. De Cola MC, Corallo F, Pria D, Lo Buono V, Calabrò RS. Timing for cranioplasty to improve neurological outcome: A systematic review. Brain Behav. 2018; 8(11): e01106. doi:10.1002/brb3.1106
7. Williams, L. R., K. F. Fan, and R. P. Bentley. "Custom-made titanium cranioplasty: early and late complications of 151 cranioplasties and review of the literature." International journal of oral and maxillofacial surgery 44.5 (2015): 599-608.
8. Fodstad H, Love JA, Ekstedt J, Fridén H, Liliequist B. Effect of cranioplasty on cerebrospinal fluid hydrodynamics in patients with the syndrome of the trephined. Acta Neurochir (Wien) 1984;70:21-30
9. Honevbul, Stephen, et al. "A randomized controlled trial comparing autologous cranioplasty with custom-made titanium cranioplasty." Journal of neurosurgery 126.1 (2017): 81-90.

ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG THẬN CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH

Ngô Nam Hải^{1,2}, Nguyễn Hồng Trường², Hà Trần Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các đặc điểm của bệnh nhân tổn thương thận cấp (AKI) điều trị tại khoa Hồi sức

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 12.6.2024

tích cực và chống độc Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 60 bệnh nhân nhập khoa Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh từ 3/2023 đến 2/2024 được chẩn đoán AKI theo tiêu chuẩn KDIGO. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu có 60 BN đủ tiêu chuẩn chẩn đoán AKI, tuổi trung bình là $72 \pm 14,7$ (38-97), nhóm tuổi > 60 chiếm tỉ lệ chủ yếu với 80%. Tỉ lệ BN có bệnh lý nền chiếm tới 85%. Các đặc điểm của bệnh nhân tổn thương thận cấp là: AKI thường gặp ở nhóm bệnh nhân cao tuổi (80% > 60 tuổi). Nguyên nhân thường liên quan đến nhiễm khuẩn huyết (71,6%), trong đó có tới 36,6%

bệnh nhân có biểu hiện sốc nhiễm khuẩn. AKI thường gặp trong bệnh cảnh suy đa tạng, trong đó 55% bệnh nhân có từ 2 tạng suy trở lên. Về lâm sàng thường gặp biểu hiện phù (13,3%), thiếu niệu-vô niệu (21,7%), tụt huyết áp < 90/60 mmHg (36,7%), giảm thể tích (76,7%). Các biến chứng thường gặp là hôn mê (6,7%), suy hô hấp cần thở máy (10%), rối loạn đông cầm máu (6,7%). **Kết luận:** Nghiên cứu đã cho thấy các đặc điểm về nguyên nhân, biểu hiện lâm sàng và các biến chứng của bệnh nhân tổn thương thận cấp điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh.

Từ khóa: tổn thương thận cấp, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE KIDNEY INJURY TREATED AT MEDICAL INTENSIVE CARE DEPARTMENT OF VINH CITY GENERAL HOSPITAL

Objective: to evaluate the characteristics of patients with acute kidney injury (AKI) treated at the Department of Medical Intensive Care and Poison Control (MICU) of Vinh City General Hospital.

Subjects and methods: Prospective observational study on 60 patients with AKI according to KDIGO criteria admitted to the MICU from March 2023 to February 2024. **Results:** During the study period, there were 60 patients meeting the include criteria. The average age was 72 ± 14.7 (38-97) years old, and the age group > 60 accounted for the majority (80%). The proportion of patients with underlying diseases was rather high (85%). Characteristics of patients with acute kidney injury were: AKI was common developed in the elderly patient (80% the patients > 60 years old). The most common cause was sepsis (71.6%), of which up to 36.6% of patients developed septic shock. AKI often occurred in the setting of multiple organ failure, in which 55% of patients presented 2 or more failed organs. Clinically, common symptoms included edema (13.3%), oliguria-anuria (21.7%), hypotension <90/60 mmHg (36.7%), and hypovolemia (76.7%). Common complications in AKI patients were coma (6.7%), respiratory failure requiring mechanical ventilation (10%), and bleeding disorders (6.7%). **Conclusions:** The study revealed the characteristics of causes, clinical manifestations and complications of patients with acute kidney injury treated at the Department of Medical Intensive Care and Poison Control of Vinh City General Hospital.

Keywords: Acute kidney injury (AKI), clinical characteristics, laboratory abnormality

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp (acute kidney injury-AKI) là hội chứng lâm sàng thường gặp ở các khoa hồi sức tích cực, thường xảy ra thứ phát sau một số nguyên nhân như sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng, sử dụng thuốc gây độc cho thận... hoặc do nhiều bệnh phổi hợp, chiếm 20% các bệnh nhân nằm viện và 45% bệnh nhân ở khoa hồi sức tích cực. Trong các bệnh nhân nhập khoa

hồi sức tích cực, khoảng 5-8% tổn thương thận cấp cần điều trị thay thế thận với tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân này đặc biệt cao khoảng 60 - 80%.^{1,2} Tùy thuộc vào nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán được sử dụng, tỷ lệ mắc tổn thương thận cấp dao động từ 1 - 80%.³ Theo Rober, tỉ lệ tổn thương thận cấp chiếm 23% trong nhiễm khuẩn nặng và 51% khi có sốc nhiễm khuẩn. Ở Việt Nam đã có các nghiên cứu về suy thận cấp nhưng chủ yếu trên từng nguyên nhân cụ thể như Nguyễn Gia Bình suy thận cấp do hội chứng tiêu cơ vân cấp,⁴ Nguyễn Việt Hải suy thận cấp do viêm tụy cấp,⁵ Lê Thị Diễm Tuyết suy thận cấp ở bệnh nhân nặng nằm Hồi sức tích cực,⁶ nhưng ít đề tài nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ liên quan đến kết quả điều trị. Nhằm hạn chế mức độ và giảm thiểu tỷ lệ tử vong do tổn thương thận cấp, cần xác định rõ nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ cụ thể để điều trị sớm.

Tuy nhiên thực tế ở Việt Nam hiện nay, các số liệu nghiên cứu chủ yếu chỉ cho thấy vấn đề về tổn thương thận cấp tại các bệnh viện trung ương tuyến cuối, ở Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương thận cấp vào điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc là tương đối cao nhưng chưa có nghiên cứu, đặc biệt là các nghiên cứu áp dụng đồng bộ tiêu chuẩn xác định tổn thương thận cấp, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá các đặc điểm của bệnh nhân tổn thương thận cấp điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:

Tất cả BN nhập khoa Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh từ 3/2023 đến 2/2024 được chẩn đoán AKI theo tiêu chuẩn KDIGO (2012): có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Creatinin huyết thanh tăng $\geq 26,5 \mu\text{mol/L}$ trong 48 giờ.

- Creatinine huyết thanh tăng $\geq 1,5$ lần so với creatinine nền đã được biết trước hoặc giả thiết là bình thường trong vòng 7 ngày trước.

- Thể tích nước tiểu <0,5ml/kg/giờ trong 6 giờ.

Tiêu chuẩn loại bệnh nhân:

- BN suy thận mạn, BN nằm viện ngắn hơn 2 ngày, không đủ số liệu theo dõi.

- BN và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu

mô tả tiến cứu

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu. Các dữ liệu được thu thập theo bệnh án nghiên cứu.

- Hồi tiền sử bệnh. Diễn biến bệnh: thời gian khởi phát, thứ tự xuất hiện triệu chứng. Khám lâm sàng đánh giá các dấu hiệu thực thể: điểm Glasgow, mạch, nhiệt độ, nhịp thở, HA, cân nặng, phù, tình trạng nhiễm khuẩn... sốc, suy hô hấp, số lượng nước tiểu,...

- Cận lâm sàng: Các xét nghiệm thường quy, khí máu, đông cầm máu. Các xét nghiệm tìm nguyên nhân: cấy máu, nước tiểu, dịch dẫn lưu... Chẩn đoán hình ảnh: Xquang phổi, siêu âm bụng, chụp CT,...

- Đánh giá các biến chứng của AKI: quá tải dịch, OAP, toan chuyển hóa, tăng kali máu, hội chứng tăng urê huyết...

- Đánh giá về lâm sàng và xét nghiệm được thu thập vào các thời điểm: Vào viện, lúc bắt đầu - lúc tổn thương nặng nhất - lúc hết tổn thương thận (với BN có hồi phục chức năng thận), và thời điểm ra viện hoặc tử vong/bệnh nặng xin về chết.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS. Các biến số được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, trung vị (khoảng tứ vị) nếu biến không phân phối chuẩn. So sánh trung bình dùng t test hoặc paired-sample t test. Biến không phân phối chuẩn dùng kiểm định Wilcoxon và Mann Whitney U. Các biến định tính trình bày dưới dạng tần suất và tỉ lệ phần trăm, kiểm định

bằng χ^2 .

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Các bệnh nhân được giải thích đầy đủ về nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu hoàn toàn có quyền từ chối tham gia chương trình nghiên cứu. Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng mà không nhằm mục đích nào khác. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 60 BN đủ tiêu chuẩn chẩn đoán AKI, tuổi trung bình là $72 \pm 14,7$ (38-97), nhóm tuổi > 60 chiếm tỉ lệ chủ yếu với 80%. Tỉ lệ BN có bệnh lý nền chiếm tới 85%.

Bảng 1: Nguyên nhân gây tổn thương thận cấp

Nguyên nhân	n	%
Sốc giảm thể tích	16	26,7
Sốc tim	1	1,7
Sốc nhiễm khuẩn	22	36,6
Nhiễm khuẩn huyết	21	35,0
Dùng thuốc độc thận	0	0
Tiêu cơ vân	0	0
Bệnh liên quan đến sỏi	0	0
Hội chứng gan thận cấp	0	0
Viêm tụy cấp hoại tử	0	0
Tổng	60	100

Nhận xét: Tỉ lệ BN AKI có liên quan đến nhiễm khuẩn chiếm tỉ lệ cao 71,6%, trong đó có 36,6% BN có biểu hiện SNK.

Bảng 2: Một số đặc điểm chung giữa các nhóm tổn thương thận cấp

Đặc điểm		Nhiễm khuẩn huyết		Tổng	OR (KTC 95%)	p
		Có (%)	Không (%)			
Nhóm tuổi	≥ 60	39 (86,7)	9 (60)	48	1,6 (0,9-2,9)	0,035
	18 - <60	6 (13,3)	6 (40)	12		
Giới	Nam	28 (62,2)	7 (46,7)	35	1,2 (0,9-1,6)	0,224
	Nữ	17 (37,8)	8 (53,3)	25		
Tuổi ($\bar{x} \pm SD$)		$74 \pm 12,4$	$65,9 \pm 19,5$	60		0,064
Số lượng bệnh lý nền ($\bar{x} \pm SD$)		$1,5 \pm 1,0$	$1,5 \pm 1,0$	60		0,89

Nhận xét: Tỉ lệ NKH cao rõ rệt ở nhóm tuổi ≥ 60 với $p = 0,035$ ($< 0,05$). Không có sự khác biệt về giới tính và số lượng bệnh lý nền giữa nhóm có NKH và không NKH.

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng giữa các nhóm tổn thương thận cấp

Đặc điểm		Nhiễm khuẩn huyết		Tổng	OR (KTC 95%)	p
		Có %	Không %			
Phù	Có	7 (15,6)	1 (6,7)	8	1,2 (0,9-1,6)	0,67
	Không	38 (84,4)	14 (93,3)	52		
XHTH	Có	0 (0)	0 (0)	0		
	Không	45 (100)	15 (100)	60		
Phù phổi cấp	Có	1 (2,2)	0 (0)	1	1,3 (1,1-1,6)	1,0
	Không	44 (97,8)	15 (100)	59		
Lưu lượng nước tiểu	Thiểu niệu hoặc vô niệu	12 (26,7)	1 (6,7)	13	1,3 (1,0-1,7)	0,15
	Bình thường	33 (73,3)	14 (93,3)	47		

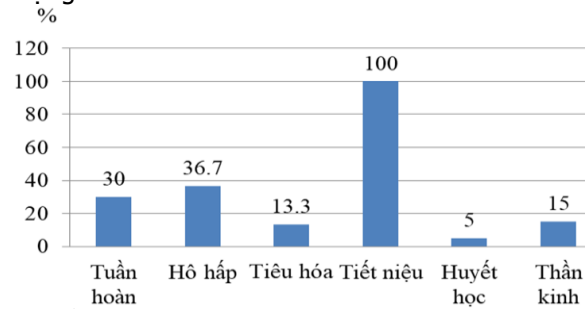
Huyết áp (mmHg)	< 90/60	20 (44,4)	2 (13,3)	22	1,4 (1,1-1,8)	0,035
	90/60 – < 140/90	25 (55,6)	13 (86,7)	38		
	≥ 140/90	0 (0)	0 (0)	0		
CVP	< 8	31 (51,7)	15 (100)	46	0,7 (0,6-0,8)	0,013
	≥ 8	14 (31,1)	0 (0)	14		

Nhận xét: Đặc điểm lâm sàng AKI: Mức độ rối loạn huyết động (HA thấp), CVP thấp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có NKH và không NKH với $p < 0,05$.

Bảng 4: Các biến chứng lâm sàng kèm theo AKI trong nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Nhiễm khuẩn huyết		Tổng	PR (KTC 95%)	P
		Có %	Không %			
Hôn mê	Có	2 (4,4)	2 (13,3)	4	0,7 (0,2-1,8)	0,26
	Không	43 (95,6)	13 (86,7)	56		
Suy hô hấp thở máy	Có	5 (11,1)	1 (6,7)	6	1,1 (0,8-1,7)	1,0
	Không	40 (88,9)	14 (93,3)	54		
Rối loạn đông máu	Có	3 (6,7)	1 (6,7)	4	1,0 (0,6-1,8)	1,0
	Không	42 (93,3)	14 (93,3)	56		
Số lượng cơ quan ngoài thận bị tổn thương		1,2 ± 1,0	0,5 ± 0,8	60		0,029

Nhận xét: Các biến chứng thường gặp ở bệnh nhân AKI là hôn mê, suy hô hấp thở máy, rối loạn đông máu, tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm có NKH và không NKH.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ các tạng suy ở bệnh nhân hồi sức cấp cứu có AKI

Nhận xét: Tỷ lệ BN AKI có suy hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất là 36,7%, tiếp đến là tuần hoàn với 30%, thấp nhất là suy huyết học với tỷ lệ 5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của BN là $72 \pm 14,7$ tuổi, trong đó tuổi cao nhất là 97, tuổi thấp nhất là 38. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Nguyễn Gia Bình (2003) khi nghiên cứu AKI do tiêu cơ vân có độ tuổi trung bình là 33,7,⁴ của Lê Thị Diễm Tuyết (2010) là 51,2 tuổi,⁶ sự khác biệt này có thể do các nguyên nhân gây trực tiếp AKI của tác giả chủ yếu là các nhóm bệnh lý về tai nạn (điện giật, ngạt nước, ong đốt, rắn cắn...), ngộ độc cấp (ma túy, ngộ độc rượu, rắn cắn...) mà những nhóm bệnh lý này thường xảy ra ở người trong độ tuổi lao động còn trẻ.

4.2. Đặc điểm tổn thương thận cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân

gây AKI liên quan tới tình trạng nhiễm khuẩn nặng và SNK chiếm tỷ lệ cao 71,6%, trong đó có 36,6% BN có biểu hiện SNK. Nguyên nhân sốc giảm thể tích có AKI chiếm tỷ lệ 26,7%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của nhiều tác giả Trương Anh Thư có 41% nguyên nhân STC do tác động trực tiếp từ nhiễm khuẩn⁷. Phân tích tổng hợp trong nghiên cứu của Dennen P. năm 2010 về AKI ở các khoa hồi sức, cho thấy nguyên nhân AKI thường phối hợp ban đầu là thiếu dịch, thiếu thể tích nước trong lòng mạch cùng với nhiễm khuẩn nặng, sau đó dùng thuốc, thuốc cũng là yếu tố gây nặng bệnh đưa đến rối loạn tưới máu. Tuy nhiên, nhiễm khuẩn là nguyên nhân gây STC cao nhất chiếm 50%.⁸ Khi đánh giá nguyên nhân thường gây AKI ở người cao tuổi tác giả Nguyễn Bách đã cho thấy nhiễm khuẩn nặng là nguyên nhân thường gặp nhất, cao hơn so với nhóm trẻ tuổi: 48% so với 20% ($p < 0,001$).⁹ Bên cạnh nhiễm khuẩn còn có thêm nhiều yếu tố thúc đẩy cùng một lúc dễ dẫn đến AKI là thiếu dịch và sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn gây độc cho thận.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 45% BN chỉ có AKI đơn thuần, 55% BN có suy đa tạng trong đó suy 2 tạng chiếm 43,3%, suy 3 tạng chiếm 10%, suy 4 tạng chiếm 1,7%. Những BN AKI đơn thuần của nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với các tác giả khác có lẽ do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chọn vào ngay từ đầu là những BN AKI đơn thuần như tổn thương thận trước thận và cả AKI thứ phát sau những tạng khác. Thứ hai là BN AKI được phát hiện sớm và điều trị tích cực ngay từ đầu nên ít biến chứng suy đa tạng hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng hôn mê chiếm tỷ lệ 17,7%. Trong AKI nặng, một

số BN thường có biểu hiện lâm sàng hôn mê của hội chứng tăng urê huyết và đây là triệu chứng lâm sàng nặng cần phải chỉ định lọc máu cấp cứu ngay. Khi so sánh hôn mê ở nhóm có NKH và không NKH thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ biểu hiện thần kinh trong NKH từ 10-70%. Tỷ lệ tử vong ở BN có rối loạn tri giác (50%) cao hơn ở BN không có rối loạn tri giác (20%). Các biểu hiện toàn thân kèm theo như suy hô hấp phải thở máy chiếm tỷ lệ 17,8%, rối loạn đông máu chiếm tỷ lệ 13,4%, đây có thể là biến chứng trong trường hợp chẩn đoán AKI chậm hoặc do bệnh lý nguyên nhân gây nên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng suy hô hấp phải thở máy, rối loạn đông máu kèm theo trong AKI giữa 2 nhóm có NKH và không NKH có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy một số đặc điểm của bệnh nhân tổn thương thận cấp tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc: AKI thường gặp ở nhóm cao tuổi (80% > 60 tuổi). Nguyên nhân thường liên quan đến nhiễm khuẩn huyết. Có tới 55% bệnh nhân có từ 2 tạng suy trở lên. Về lâm sàng thường gặp phù (13,3%), thiếu niệu-vô niệu (21,7%), tụt huyết áp < 90/60mmHg (36,7%), giảm thể tích (76,7%). Các biến chứng thường gặp là hôn mê (6,7%), suy hô hấp cần thở máy (10%), rối loạn đông cầm máu (6,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trường Sơn.** Khảo sát tình hình tổn thương thận cấp ở bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức bệnh viện Chợ Rẫy. 2016; Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Philip L, Burdmann E, Mehta L;** World Kidney Day Steering Committee. Acute kidney injury: global health alert. 2013; Kidney International, 83, pp. 372-376.
3. **Lameire N, Bagga A, et al.** Acute Kidney Injury: an increase global concern. 2013; Lancet 382 (9887), pp. 170-179.
4. **Nguyễn Gia Bình.** Đặc điểm lâm sàng, sinh học và điều trị suy thận cấp tiêu cơ vân. Luận văn tốt nghiệp tiến sĩ chuyên ngành Hồi sức tích cực và Chống độc. Trường Đại học Y Hà Nội; 2003.
5. **Nguyễn Việt Hải.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị suy thận cấp do viêm tụy cấp tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y khoa chuyên ngành Hồi sức cấp cứu. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
6. **Lê Thị Diễm Tuyết.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp tại khoa Điều trị tích cực, Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp tiến sĩ chuyên ngành Hồi sức cấp cứu. Trường Đại học Y Hà Nội; 2010.
7. **Trương Anh Thư, Nguyễn Gia Bình và cs.** Tình hình nhiễm khuẩn Bệnh viện tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Y học lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai. 2016:52-61.
8. **Dennen P, Douglas IS, Anderson R.** Acute kidney injury in the intensive care unit: an update and primer for the intensivist. Crit Care Med. 2010;38(1):261-75.
9. **Nguyễn Bách.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị suy thận cấp ở bệnh nhân cao tuổi. Luận văn tốt nghiệp tiến sĩ chuyên ngành Nội thần - Tiết niệu. Học viện quân Y; 2012

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN CẤP SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Lương Mạnh Hùng^{1,3}, Lê Quang Thuận², Hà Trần Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương thận cấp (AKI) sau phẫu thuật tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả phân tích trên 138 bệnh nhân được phẫu thuật và chuyển về điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại từ 04/2023 đến 03/2024. **Kết quả:** Tổn thương thận cấp sau phẫu thuật chiếm

tỷ lệ 36,9%. Tổn thương thận cấp giai đoạn 3 theo KDIGO chiếm đa số (86,8%). Chỉ số ure và creatinin trung bình sau phẫu thuật lần lượt là $12,3 \pm 5,5$ (mmol/l) và $155,4 \pm 10,4$ ($\mu\text{mol/l}$) cao hơn thời điểm nhập viện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,011$). Có 39 bệnh nhân AKI (76,4%) cần lọc máu. Vô niệu/thiếu niệu là chỉ định lọc máu thường gặp. Giá trị creatinine cao nhất ở nhóm tử vong là $484,7 \pm 26,5$ ($\mu\text{mol/l}$) cao hơn so với nhóm sống có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Tỷ lệ lọc máu ở nhóm tử vong cao hơn so với nhóm sống (57,7% và 10,4 %, $p = 0,02$). **Kết luận:** Tỷ lệ suy thận cấp sau phẫu thuật tương đối cao, chủ yếu là giai đoạn III theo KDIGO. Trong số người bệnh có tổn thương thận cấp, tỷ lệ phải điều trị lọc máu là phổ biến. Mức độ suy thận sau phẫu thuật liên quan với tỷ lệ tử vong. **Từ khóa:** tổn thương thận cấp, sau phẫu thuật, lọc máu, tỷ lệ tử vong

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024